

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical Medicine

**Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)**

ТОМ 2

Суми
Сумський державний університет
2016

ОСОБЛИВОСТІ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ІМПЛАНТАТАМИ "ITERUM ACTIV" У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ II ТИПУ

Москаленко І.В., студентка, гр. СМ-502

Науковий керівник: ас., к. мед. н. Москаленко П.О.

Сумський державний університет, медичний інститут, секція «стоматологія»

Цукровий діабет (ЦД) 2 типу (інсулінонезалежний) є найпоширенішою формою, що спостерігається переважно в осіб літнього і старечого віку. Він характеризується відносною недостатністю інсуліну і дуже часто поєднується з ожирінням. Хворі тривалий час, а іноді все життя не потребують інсулінотерапії. Тривалий час цукровий діабет і імплантація були поняттями несумісними. Деякі автори відносили його до абсолютних протипоказань, інші ж до відносних.

Метою дослідження було визначення умов при проведенні дентальної імплантації у хворих цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи. Нами проведено сім операцій дентальної імплантації хворим із цукровим діабетом 2 типу. Всім пацієнтам встановлювали гвинтові імпланти системи "Iterum activ". Клінічні етапи з підготовки кісткового ложа для встановлення імпланту проводили згідно з інструкцією виробника.

Результати. Обов'язковою умовою для ухвалення рішення проведення дентальної імплантації пацієнтам з цукровим діабетом при частковій відсутності зубів є рівень глюкози в крові, який в доопераційному періоді і періоді остеоінтеграції має бути в межах 7-9 ммоль/л. Для запобігання інфекційно-запальних ускладнень антибактеріальна терапія повинна тривати до 10 днів. Слід враховувати, що терміни остеоінтеграції подовжуються на нижній щелепі до 4-5 місяців, а на верхній до 6-8 місяців. В післяопераційному періоді пацієнтам з цукровим діабетом рекомендується з'являтися на огляд частіше, ніж без цієї патології.

Висновок. Таким чином, дотримання перелічених умов надасть змогу домогтися ефективних результатів оперативного втручання.

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ КРИСТАЛОГРАФІЇ ТА КРИСТАЛОСКОПІЇ СЛИНИ В ДІАГНОСТИЦІ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН СЛИННИХ ЗАЛОЗ ТА ХВОРОБИ ШЕГРЕНА

Москаленко П.О., к.м.н., асистент, Масалітін І.М., студент, гр. ЛС-104

Сумський державний університет, медичний інститут, секція «стоматологія» кафедри сімейної та соціальної медицини

Хвороба Шегрена (ХШ) - органоспецифічне, аутоімунне захворювання невідомої етіології, що супроводжується ураженням залоз зовнішньої секреції. Симптоми ксеростомії і ксерофтальмії при ХШ можуть тривати довго, залишаючись нерозпізнаними, незважаючи на їх постійне наростання, тому розробка і впровадження в практику ранніх неінвазивних методів діагностики є актуальною проблемою.

Мета. Нами ведеться розробка показань, методики застосування і впровадження кристалографії у діагностиці новоутворень слинних залоз з метою вдосконалення методів ранньої діагностики цієї патології за допомогою кристалографії і кристалоскопії слини.

Матеріали і методи. Під нашим наглядом знаходилося 12 пацієнтів з хворобою Шегрена, з них у 83,3%% було неускладнене новоутворення, а у 16,7% - ускладнене. У більшості випадків (91,6%%) були уражені привушні слинні залози. Контролем слугували 15 хлопців призовників - здорових осіб. Для оцінки мікрокристалізації чистої слини використали модифіковану методику П.А. Леуса і визначали три типи мікрокристалізації.

Результати і висновки. Специфічні критерії, отримані нами в результаті дослідження, дозволяють стверджувати про особливості кристалографічної характеристики слини при лімфопроліферативних захворювань слинних залоз. Застосування кристалографії і кристалоскопії слини на початкових етапах обстеження хворих з підозрою на В- лімфому слинної залози дає можливість ранньої їх діагностики і диференціювання. Висока точність дослідження, атравматичність і неінвазивність методу роблять можливим широке

застосування його в повсякденній роботі практичних лікарів в амбулаторних і стаціонарних умовах.

ПРИНЦИПИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВАД РОЗВИТКУ ЛИЦЯ

Ніколенко А.В. ст. СМ-502, Устянський О.О. доцент

СумДУ, кафедра нормальної анатомії людини з курсами топографічної анатомії та оперативної хірургії, гістології, цитології та ембріології

Вроджені вади розвитку лиця (розщілина піднебіння та незрощена верхня губа) виправляють шляхом проведення оперативних втручань. Кількість необхідних операцій залежить від ступеня вираженості дефекту. Вперше спосіб пластики піднебіння при вроджених дефектах обґрунтував та запропонував ще в 1861 році німецький хірург Б. Лангебек. Ураностафілопластика за Лангебеком залишається основою сучасних оперативних втручань, які включають в собі: 1 – викроювання слизово-окісних клаптів залежно від виду розщілини: одного – у разі незрощення задньої третини твердого та м'якого піднебіння; двох – за умови всіх інших вад; 2 – відшарування цих клаптів до межі твердого та м'якого піднебіння; 3 – відокремлення їх від заднього краю горизонтальних пластинок піднебінної кістки; 4 – остеотомія задньої стінки великого піднебінного отвору і виведення судинно-нервового пучка; 5 – зняття з гачка крилопіднебінного відростка клиноподібної кістки сухожилка м'яза-натягувача піднебінної завіски. Виконання цих етапів дозволяє максимально перемістити тканини піднебіння дозад, у ретроположення. На останньому етапі освіжають краї розщілини і пошарово накладають шви на рану м'якого піднебіння кетгуттом та поліамідною ниткою. Слизово-окісний піднебінний клапоть, відшарований від кісткової основи твердого піднебіння, фіксують до кістки у новому положенні клеєм КЛ-3 або тампоном та захисною пластинкою, виготовленою заздалегідь до операції. Дефект у передньому відділі піднебіння за показаннями закривають за допомогою перевернутого на 180° слизово-окісного клаптя або клаптем на ніжці з боку слизової оболонки верхньої губи.

Хейлопластику застосовують для відновлення анатомічної цілості губи, створення присінка рота, а також для виправлення деформації крила носа і дна нижнього носового ходу та перегородки носа. Операцію проводять на I – III добу після народження у спеціалізованих закладах. Якщо перші дні упущені, операцію проводять на III місяці життя. Другий місяць небажаний, тому що відбувається імунно-біологічна перебудова організму і оперативне втручання ускладнюється розходженням швів. При хейлопластиці варто враховувати не тільки форму дефекту, але й попереджувати виникнення деформації носа. Тому при раній первинній ринохейлопластиці слід уникати втручань на хрящах у місцях їх росткових зон. Не рекомендується відшаровувати та виділяти хрящі носа з їх внутрішньої поверхні, розтинати або видаляти внутрішні і зовнішні ніжки хряща крила носа, особливо по його задньому краю, накладати пластиночні шви.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КЛАСИЧНОГО СИНДРОМУ ШЕГРЕНА

¹Павлоградська Т.О., ¹Рачок Т.С., ²Рачок А.А.

Науковий керівник – д. мед. н. Лахтін Ю.В.

¹КЗ «Конотопська центральна районна лікарня ім. академіка Михайла Давидова»

²Сумський державний університет, медичний інститут, секція «стоматологія» кафедри сімейної та соціальної медицини

Синдром Шегрена – це аутоімунне ураження екзокринних (особливо слинних і слізних) залоз, що супроводжується їх гіпофункцією і зазвичай поєднується з імунно-запальними системними захворюваннями. Головними симптомами цієї патології є сухість всіх слизових оболонок, а особливо очей (ксерофтальмія), порожнини рота (ксеростомія), глотки, шкіри (ксеродермія). Поширеність класичного синдрому серед населення низька, а в практиці лікаря-стоматолога частіше зустрічаються різні варіанти клінічної картини, тому наводимо випадок з пацієнткою Н., 63 років.